

RODRIGO OLIVEIRA DA COSTA

SUS, USUÁRIOS E EQUIPE: UMA RELAÇÃO COMPLEXA

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

RODRIGO OLIVEIRA DA COSTA

SUS, USUÁRIOS E EQUIPE: UMA RELAÇÃO COMPLEXA

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso de Medicina: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof^a. Claudia Hausman Silveira

Co-Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis

**Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

Costa, Rodrigo Oliveira.

SUS, Usários e Equipe: Uma relação complexa / Rodrigo Oliveira da Costa. – Florianópolis, 2005.
45p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. SUS. 2. Usuários do Sistema Público de Saúde. 3. Equipe de Saúde.
I. Título.

*À Corina Carmen da Costa, Hilda Alves
Oliveira (in memorian), José Franklin da
Costa, Otávio Oliveira (in memorian), por
terem me auxiliado com carinho no início
desta longa jornada.*

AGRADECIMENTOS

Ao Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**, por viabilizar a atividade científica na fase de graduação.

A Vice-Diretora do Hospital Universitário, **Prof^a. Dr^a. Ana Maria Nunes de Faria Stamm**, pela colaboração importante da instituição na elaboração deste trabalho.

Ao Diretor do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, **Dr. Ramon Tartari**, pela colaboração importante da instituição na elaboração deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros**, pelo compromisso, orientações e responsabilidade em conduzir este estudo.

A **Prof^a. Dr^a. Maristela Chisto Sisson**, pelo auxílio na confecção deste trabalho.

A **Professora Mestra Claudia Hausman Silveira**, grande incentivadora importante, cuja dedicação, disponibilidade e paciência exemplares contribuíram para o aprendizado teórico e técnico na elaboração de um trabalho científico. Agradeço por ter compartilhado seus conhecimentos e sua vivência, contribuindo para meu futuro profissional.

Aos meus pais **José Carlos da Costa** e **Odaléa Oliveira da Costa**, pelos exemplos de amor, carinho, dedicação e perseverança transcendendo qualquer forma de descrição. Sem vocês, este momento seria impossível.

A minha irmã **Juliana Oliveira da Costa**, eterna companheira, por ter vivenciado e me auxiliado na confecção deste trabalho.

Ao colega, **Pedro Geisel Santos**, pelos conselhos e auxílio na parte final deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
SUMMARY.....	vii
.	
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGIA.....	4
4. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	8
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	19
5.1 Usuários.....	19
5.2 Equipes de Saúde.....	34
5.3 Ensino-Serviço	39
6. CONCLUSÃO.....	44
7. NORMA ADOTADA.....	46
8. REFERÊNCIAS.....	47
9. ANEXO I.....	49
10. ANEXO II.....	50
11. ANEXO III.....	51

RESUMO

Este trabalho nasce da constatação empírica de que a população, em busca de atendimento médico, tem procurado o serviço de Emergência em detrimento do Serviço Básico de Saúde, porta de entrada esperada do Sistema Municipal de Saúde. Seu objetivo geral é avaliar a forma como a população usuária e equipe de saúde se relacionam com o Sistema através de uma análise qualitativa e quantitativa da realidade. A pesquisa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas dispostas em um questionário previamente elaborado para ser aplicado junto aos usuários do Serviço de Emergência do HU, aos usuários Unidades Locais de Saúde da rede municipal de Florianópolis e junto a alguns membros das equipes de saúde. Também foram realizadas duas entrevistas com atores ligados ao ensino/serviço visando compreender a história do SUS e do PSF em Florianópolis. Os resultados da pesquisa mostram um conhecimento muito pobre da organização do Sistema de Saúde por parte dos usuários e de membros da equipe de saúde, além de algumas diferenças de concepção entre as instituições formadoras e o serviço de saúde. Um processo de educação permanente, Conselhos de Saúde mais atuantes e representativos, além de uma maior articulação entre os gestores poderiam contribuir positivamente construção do Sistema.

Palavras-chave: SUS, usuários do sistema público de saúde , equipe de saúde.

SUMMARY

This work is born of the empirical evidence of that the population, in search of medical attendance, goes to the service of Emergency in detriment of the Basic Service of Health, first access of the Municipal System of Health. Its general objective is to evaluate the form as the using population and team of health connect to the System through a qualitative and quantitative analysis of the reality. The research was realized through interviews half-structuralized in a questionnaire previously elaborated to be applied to the users of the Service of Emergency of the HU, to the users of the Local Units of Health of the municipal net of Florianópolis and to some members of the health sttaffs. Also two interviews with on actors connected to the education/service had been realized aiming at to understand the history of the SUS and the PSF in Florianópolis. The results of the research indicates a poor knowledge of the organization of the System of Health on the part of the users and members of the health sttaffs, beyond some differences of conception between the educations institutions and the service of health. A permanent education process, more operating and representative Advice of Health, beyond a bigger joint enter the managers could contribute construction of the System positively.

Key-words: **SUS, users of the public system of health, health sttaffs.**

1. INTRODUÇÃO

Durante a graduação do curso de Medicina, participei de estágios extracurriculares exercendo minhas atividades no serviço de Emergência. Assim, constatei de forma empírica que a população em busca de atendimento médico tem procurado o serviço de Emergência em detrimento do Serviço Básico de Saúde, porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde.

A superlotação ocasional do serviço de Emergência é algo esperado. Por exemplo, vítimas de acidente de trânsito podem rapidamente lotar o serviço ocupando todo seu corpo clínico. Porém, na maioria dos casos o motivo do atendimento não se constitui necessariamente numa Emergência. O uso abusivo do serviço de Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para atendimento de causas comuns foi estudado por Botelho et al¹ em 1990. Nesse estudo, os cinco principais motivos de consulta foram infecções de vias aéreas superiores, amidalite, hipertensão arterial sistêmica, dor abdominal e cefaléia. Tais queixas poderiam perfeitamente ser solucionadas no nível primário de atenção.

Ainda durante a graduação do curso de Medicina, participei por seis meses do atendimento médico em nível de atenção básica na Unidade Local de Saúde (ULS) do Itacorubi. Observei também empiricamente como uma rede de atenção básica eficiente poderia auxiliar na resolução deste problema. Notei também que as mesmas queixas dos pacientes da Emergência ali se reproduziam e que suas resoluções poderiam ocorrer neste mesmo nível de atenção ou, se necessário, num nível de maior complexidade sem a necessidade de atenção hospitalar.

Desde a constituição de 1989, a população brasileira tem o direito de acesso a um Sistema de Saúde que deve ser dimensionado de acordo com suas necessidades. Apesar deste Sistema ter por princípios a regionalização e a hierarquização, quinze anos depois da realização do estudo citado a busca por atendimento no serviço de Emergência do Hospital Universitário (HU) persiste. Porque isto ocorre? Será um problema de ordem técnico-

organizativo, a facilidade do acesso ao atendimento ou o total desconhecimento de como funciona o Sistema de Saúde?

Este trabalho procura entender esta situação ao entrevistar os usuários e membros da equipe de Saúde do SUS nos Centros de Saúde e na Emergência do HU a fim de compreender como estes se relacionam entre si e com o Sistema de Saúde.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral do presente trabalho é identificar e descrever a forma como a população usuária e equipe de Saúde se relacionam com o Sistema.

Os objetivos específicos são:

- Compreender o entendimento da população e equipe de Saúde sobre os princípios do SUS;
- Relatar, de forma breve, a história da implantação do SUS e PSF em Florianópolis.

3. METODOLOGIA

Este trabalho propõe uma análise qualitativa e quantitativa da realidade. A pesquisa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas dispostas em um questionário previamente elaborado para ser aplicado junto aos usuários do Serviço de Emergência do HU e da Unidade Local de Saúde (ULS) da rede municipal de Florianópolis (anexo ?). Também foi construído um instrumento de entrevista semi-estruturada composto de perguntas abertas e fechadas para as equipes de Saúde (anexo II). O critério de escolha das Unidades Locais de Saúde foi a unidade de atenção primária de maior número de atendimentos de cada uma das cinco Regionais de Saúde do município de Florianópolis. Assim, da área de abrangência da Regional Norte foi escolhida a ULS de Canasvieiras enquanto da Regional Sul foi a ULS do Saco dos Limões. A ULS do Centro também entrou na pesquisa como representante desta Regional enquanto a ULS do Saco Grande foi a unidade de maior número de atendimento da Regional Leste. Por fim, a ULS do Monte Cristo representou a área de abrangência da Regional Continente. A coleta de dados foi feita sempre a partir das 14 horas, pois este era o horário disponível pelo pesquisador.

Por entender que tanto os usuários quanto equipe tem uma vinculação significativa com o problema investigado ambos fizeram parte do trabalho. Também dois atores de relevância para a realidade do Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis vinculados tanto ao ensino quanto ao Serviço forneceram o pano de fundo da sua implementação. Assim, acredita-se que esta se tornou uma amostra capaz de abranger o problema investigado em pelo menos em três dimensões: a do usuário, a da equipe e a do ensino/serviço num nível mais conceitual das organizações.

O pesquisador se identificou primeiramente nas Unidades Locais de Saúde tendo sido apresentado aos profissionais de Saúde pelo coordenador responsável. Foi explicado o objetivo do trabalho, garantido o sigilo das informações obtidas e perguntado sobre o desejo do profissional em participar da pesquisa. Com a equipe de Saúde, foi feita uma entrevista semi-estruturada com pelo menos uma enfermeira ou médico de cada ULS.

No caso dos usuários, o pesquisador abordou-os identificando-se, explicou o objetivo do trabalho, o sigilo das informações obtidas e, posteriormente, perguntou sobre o desejo do usuário em participar da pesquisa respondendo ao questionário. Convém salientar que tanto no questionário com os usuários como na entrevista com a equipe de Saúde o pesquisador não identificou os participantes da pesquisa no instrumento de coletas de dados.

O pesquisador foi a campo munido de uma prancheta com o respectivo questionário trajando um guarda-pó com um cartão de identificação. Este cartão identificou-o como aluno da graduação do curso de Medicina da UFSC.

Com relação ao HU, o pesquisador realizou a pesquisa na sala de espera do Serviço de Emergência. O horário utilizado foi a partir das 20 horas também pelo critério de disponibilidade do pesquisador.

Por fim, foram feitas duas entrevistas, uma com a Prof^a. Dr^a. Maristela Sisson e outra com o Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros registradas em áudio sobre a implantação do SUS e do Programa de Saúde da Família em Florianópolis.

Quanto à amostra da pesquisa, por ser qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (Minayo, 1994, p. 43)². Em cada ULS foram entrevistados de onze a dezoito usuários num total de setenta e um. No HU, foram entrevistados dezessete usuários. O número total de entrevistas foi oitenta e oito. Com relação à equipe de Saúde, foram entrevistados pelo menos um médico ou uma enfermeira no HU. Foram entrevistados dez membros das equipes de Saúde contabilizando, tanto o HU quanto as Unidades Locais de Saúde. O pesquisador optou por anotar as opiniões emitidas tanto pelos usuários quanto pela equipe de Saúde para evitar constrangimentos que equipamentos de gravação possam causar.

A entrevista como qualquer método científico fornece vieses que limitam o olhar da pesquisa. A fonte de viés localiza-se nos fatores externos ao observador como o próprio roteiro e/ou entrevistado e na situação interacional entrevistado-entrevistador. Neste último, o viés situa-se na pessoa do pesquisador influenciando na forma e conteúdo da entrevista (Haguete, 1995, p. 87)³.

Haguete (1995)³ enumera os fatores influentes na qualidade dos dados por parte do informante como motivos ulteriores pensando que sua resposta possa influenciar sua posição futura, quebra de espontaneidade, desejo de agradar ao pesquisador, fatores idiossincráticos e conhecimento sobre fatores discutidos. Convém salientar que o informante também é um

observador uma vez que relata o que viu ou sentiu ao longo da sua experiência. Assim, ele está sujeito à falhas de observação podendo influir na pesquisa.

Quanto ao entrevistador, este exerce um papel tanto de seleção como omissão já na elaboração do roteiro da entrevista assim como na coleta dos dados. Além disso, há a possibilidade das “falhas de omissão” tanto do pesquisador como do informante. Ou seja, ambos podem praticar omissão de dados por falha de percepção ou pelas razões citadas anteriormente.

Por fim, a própria situação da entrevista pode influenciar na natureza das informações colhidas. A entrevista pode representar uma situação nova para o entrevistado, assim, ele não sabe como se comportar. Outros conhecendo os mecanismos da entrevista consideram-na uma relação de dominação, pois se sentem subjugados pelo entrevistador. Ainda, a entrevista pode estabelecer uma relação de comprometimento, ou seja, o entrevistado acredita que esta pode comprometer-lo ao expressar sua opinião sobre pessoas ou objetos. Por fim, o informante pode perceber o pesquisador como um indivíduo sábio ou de alta educação. Assim, dependendo da percepção, ele recorre a mecanismos de defesa como “esquecimento” protetivo, colaboração aparente, recusa em responder, silêncio ostensivo, desvio no direcionamento da pesquisa ou preparação antecipada para entrevista através de informações colhidas junto a outros entrevistados anteriormente.

Na equipe de Saúde, o coordenador responsável de cada ULS mostrou-se receptivo ao saber do objetivo do trabalho, e nenhum membro da equipe se recusou a responder o questionário. Quanto aos usuários nas Unidades Locais de Saúde, num primeiro momento, alguns ficaram apreensivos. Mas ao saber do intuito do trabalho e sigilo da informação, prontificaram-se em ajudar. No decorrer da entrevista, a maioria pareceu encontrar-se à vontade sem nenhuma preocupação ao emitir sua opinião. Os usuários que interromperam a entrevista ao serem chamados para atendimento médico prontificaram-se a retomá-la no término de sua consulta. No entanto, a receptividade foi diferente no HU. A maioria dos usuários abordados não se negou a responder ao questionário. O motivo daqueles que negaram foi o fato de estarem se sentindo mal. Por isso, houve um número maior de acompanhantes entrevistados do que pacientes talvez ocasionando um viés. Outra possível fonte de viés era o traje do pesquisador.

Optou-se por aceitar as respostas de todos os entrevistados (usuários e equipe) de forma espontânea, buscando o menor grau de interferência do pesquisador.

Quanto a análise dos dados, Minayo (1992)² nos lembra as três finalidades desta etapa. A primeira finalidade seria o estabelecimento da compreensão dos dados coletados. A segunda seria a confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas. Finalmente, a terceira finalidade seria a ampliação do conhecimento do assunto estudado.

Para analisar os dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdos por ter como funções à verificação de hipóteses e/ou questões e à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (Minayo, 1992, p. 74)². Após a análise dos conteúdos, foi feita a elaboração de categorias. Para isso, foram respeitados os três princípios de classificação para o estabelecimento do conjunto de categorias. O primeiro princípio seria o fato de que o conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de um único princípio de classificação. O segundo se refere ao fato da inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto. E, o terceiro princípio seria o fato de uma resposta não ser incluída em mais de duas categorias.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer consubstanciado pelo número 119/05 (anexo III).

4. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

A desigualdade no acesso aos Serviços de Saúde possui origem desde o início do século XX. Segundo Cordoni et al (2001)⁴, a Saúde Pública brasileira pode ser dividida em quatro períodos: sanitarismo campanhista, período de transição, modelo médico assistencial privatista e o modelo plural. O modelo do sanitarismo campanhista tinha como objetivo o saneamento das cidades a fim de garantir a exportação agrícola sobretudo do café vigorando do início do século XX até 1945. A partir da década de 20, algumas empresas oferecem a seus empregados através das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) também assistência médica. Posteriormente, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) atendendo a uma determinada categoria profissional marcam o início do corporativismo no Brasil e contavam com alguma participação do Estado.

O período de 1945 a 1960 é considerado como de transição para o período seguinte quando há a consolidação do modelo médico assistencial privatista. A assistência médica previdenciária consumia recursos cada vez mais significativos a partir da década de 50. Isto ocorre devido à industrialização do Brasil causando uma acelerada urbanização e o assalariamento das parcelas crescentes da população. Este novo contingente urbano e assalariado passa a pressionar por assistência médica.

Então, o modelo médico assistencial privatista entra em vigor a partir da década de 60 até o início dos anos 80. Este modelo baseia-se em um tripé constituído pelo Estado, que é o grande financiador do Sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional cujo papel é o de ser o prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional como produtor de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos).

Este modelo de serviço de Saúde retira qualquer possibilidade de participação dos trabalhadores na gestão dos recursos com a gerência do Sistema a cargo do recém-criado INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) centralizado na esfera federal. Além disso, há um aumento de cobertura do Sistema promovido pelo Estado no início da década de 70. Ao final dos anos 70, a Previdência entra em crise devido à má aplicação dos recursos, uso dos recursos em obras sem retorno, assistência baseada predominantemente no hospital e do privilegiamento do setor privado. Nesse mesmo período inicia-se um movimento de oposição

a este modelo de Saúde. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de Saúde.

Este movimento reuniu-se ao movimento de oposição ao golpe militar de 64. Baseava-se na idéias da Medicina Comunitária originada nos Estados Unidos difundidas no Brasil pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e fundações como a Kellog e a Ford além do conceito de Atenção Primária à Saúde sistematizado pelo Congresso de Alma Ata na Rússia promovido e difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Um marco desta Reforma é a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Nessa Conferência foram discutidos três temas: “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor”. Com relação ao primeiro tema, o relatório final defendeu a garantia pelo Estado do Direito à Saúde a todo e qualquer cidadão no território nacional além de apresentar um novo conceito de Saúde mais abrangente: “(...), a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (Íntegra do Relatório Final da 8ª CNS, Espaço para Saúde nº 0, ano 1, NESCO, Curitiba, Pr, 1989)⁵

A 8ª CNS defendeu a criação de um Sistema Único de Saúde separando totalmente a Saúde da Previdência. Este novo sistema deveria ser coordenado por um único Ministério e regido pelos seguintes princípios: descentralização na gestão dos serviços, integralização das ações, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, participação popular, fortalecimento do papel do município, universalização quanto à cobertura e equidade.

Quanto ao tema “Financiamento do Setor”, o relatório final trouxe como proposta a idéia da criação de um Fundo Único Federal de Saúde além de um fundo nos níveis estadual e municipal, gestão dos fundos de forma conjunta e colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada; responsabilidade do Estado no financiamento do Sistema e a determinação dos recursos destinados à Saúde através de prefixação percentual mínima sobre as receitas públicas. Além disso, os recursos da Previdência seriam gradativamente retirados do financiamento das ações de Saúde.

Portanto, nessa Conferência firmaram-se as propostas de universalização, equidade, integralidade das atenções e da atenção, descentralização e participação popular. O relatório

final desta Conferência orientou a formulação do capítulo da saúde na Constituição Federal criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para efeito de estudo podemos organizar as idéias da 8ª CNS como princípios e diretrizes do SUS. As diretrizes são universalidade, equidade e integralidade. Enquanto os princípios são regionalização/hierarquização, resolutividade do Sistema, sua descentralização, a participação dos cidadãos e a complementaridade do setor privado.

(O ABC do SUS, Ministério da Saúde, Brasil, Brasília, 1990)⁶

Segundo Silveira (2000)⁷, entende-se como universalidade o direito de qualquer cidadão ter acesso aos serviços de Saúde públicos e privados conveniados no território nacional. A diretriz de Equidade garante a igualdade a todo cidadão perante o SUS sendo atendido conforme suas necessidades até o limite do sistema. Enquanto a diretriz de Integralidade garante a atenção à Saúde nos níveis biológico, social e emocional do usuário. Ou seja, o atendimento segundo esta diretriz deve incorporar um amplo espectro de intervenções além de articular os diferentes níveis de complexidade do Sistema: prevenção, atendimento curativo e reabilitação.

Os princípios organizativos do SUS de Regionalização e Hierarquização garantem a organização dos serviços de Saúde em níveis de complexidade tecnológica crescente dispostos em uma área de abrangência delimitada e com definição da população a ser atendida objetivando um bom grau de resolutividade. O acesso ocorre pelo nível primário de atenção, ou seja, Centro de Saúde. Neste nível, a maioria dos problemas dos usuários deve ser resolvido. A resolutividade neste nível deve ser minimamente de oitenta e cinco por cento podendo chegar a mais de noventa por cento se houver recursos financeiros, materiais e humanos adequados. O princípio da Resolutividade objetiva a solução dos problemas dentro de cada nível de atenção.

Quanto mais localmente a decisão for tomada, maior a chance de eficácia e efetividade. Além disso, a descentralização é uma resposta a centralização político-administrativa nos governos militares. Então há uma redefinição das atribuições do governo federal e dos Estados repassando competências e instâncias decisórias para os municípios que é a esfera mais próxima da população.

A participação dos cidadãos é uma garantia constitucional de participação organizada no processo de formulação de políticas e no controle de sua execução em todos os níveis. Esta participação deve ter caráter deliberativo através dos Conselhos Locais, Municipais, Estaduais

e Nacional de Saúde e das Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Estes compõem o conjunto de instituições que garantem a participação da sociedade.

A proposta de regionalização não é um fato novo na organização dos Sistemas de Saúde. Na Inglaterra, em 1920, Bertrand Dawson, médico inglês, elabora um relatório criticando o modelo vigente propondo a reestruturação do Serviço de Saúde inglês baseado no princípio do Estado como provedor e controlador das políticas de Saúde. Este estudo fica sendo conhecido como relatório Dawson. Propõe a regionalização e hierarquização do Sistema inglês em níveis de complexidade e sob uma base geográfica definida. Defendia a proposta dos Serviços de Saúde como responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas⁸.

“... Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de Medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com uma equipe de enfermagem eficiente, e que tenha colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais”. [...] “Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base...” [...] “Os centros de saúde secundários devem, por sua vez, formar um vínculo com o hospital”. (Dawson, 1920)

No Brasil, a Constituição de 1989 estabelece que as ações e serviços públicos de Saúde devem estar organizados de forma regionalizada (Art 198). Na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a regionalização surge como um dos princípios do SUS (Art 7 da Lei 8080)⁴.

Em 17 de julho de 1991, o Presidente do INAMPS edita através da Resolução nº 273 a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/91. Esta NOB visava regularizar o processo de descentralização. Porém, descaracterizava os principais objetivos do SUS na prática ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios. Os estados e municípios passariam a receber por produção de serviços de Saúde. Esta remuneração era a mesma existente para o serviço privado. Segundo Cordoni (2001)⁴, esta norma enfatizava as atividades curativas e não previa a remuneração de ações promocionais e preventivas.

Em agosto de 1992, ocorre a IX CNS com o tema: “Municipalização da saúde, condição indispensável para efetiva implantação do SUS”. A formulação da estratégia para a descentralização baseada nas idéias desta Conferência foi apresentada e divulgada no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde-A Ousadia de Cumprir e Fazer

Cumprir a Lei”. Este documento orientou a formulação da NOB 01/93. Para Cordoni (2001)⁴, esta norma estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado, para assegurar viabilidade política à execução das mudanças operacionais necessárias, criando diferentes fases para a habilitação dos municípios, respeitando suas condições técnico-operacionais.

A NOB 01/93 entende Regionalização como uma articulação municipal levando em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Assim, foram elaboradas as Comissões Intergestores como instância privilegiada de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores com fim de operacionalizar a descentralização. No âmbito federal, a Comissão Intergestores Tripartites (CIT) constituiu-se igualitariamente por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação dos secretários estaduais de saúde (CONASS) e da entidade de representação dos secretários municipais de saúde (CONASSEMS). Na esfera estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação do conjunto dos secretários municipais de saúde do estado.

Esta norma estabeleceu duas condições de gestão para os Estados: condição de gestão parcial e condição de gestão semiplena. Na primeira, caberia ao Estado assumir a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, gerir os recursos de investimentos próprios e dos transferidos pela esfera federal respeitando a autonomia dos municípios. Assumir o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, e o controle e avaliação das ações e serviços públicos e privados de Saúde. Coordenar a rede de referência estadual, gerir o sistema de Saúde de alta complexidade, tratamento fora de domicílio, órteses, próteses e medicamentos especiais. Coordenar em seu âmbito as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, ações ligadas a Saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de Saúde Pública.

Na condição de gestão semiplena, o estado assume a completa responsabilidade sobre a gestão de prestação de serviços de Saúde (planejamento, cadastramento, controle e pagamentos de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados), deve respeitar as responsabilidades assumidas pelos municípios além das atribuições previstas na condição parcial.

Para os municípios foram criadas três condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Na primeira, o município assume imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores, programar e autorizar internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais, controlar e avaliar os serviços públicos e privados. Também deve demonstrar disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes, desenvolver ações básicas de Saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e ações ligadas à Saúde do trabalhador. Nesta condição, o município receberia apenas o recurso correspondente aos serviços realizados pelas próprias unidades adicionados aos recursos do Fator de Apoio à Municipalização (FAM).

Na condição de gestão parcial, o município assume na íntegra as responsabilidades previstas na condição anterior. Porém, receberia mensalmente além dos recursos previstos na condição da gestão incipiente, recursos financeiros correspondentes à diferença entre um teto estabelecido para o custeio de todos os serviços de Saúde realizados no município e o gasto efetivamente realizado. Segundo Cordoni (2001)⁴, na prática, esta diferença nunca foi repassada aos municípios desta condição de gestão.

Na condição de gestão semiplena, o município assume além das competências descritas na gestão parcial a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços. Ou seja, assume o planejamento, o cadastramento, a contratação, o controle e o pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados. Nesta condição de gestão, o município receberia mensalmente um teto financeiro estabelecido pela CIB e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde através do repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Esta última modalidade de gestão foi à única de fato que representou a descentralização. Em 1996, somente 3% dos municípios brasileiros estavam habilitados nesta condição de gestão. A maioria destes eram de médio a grande porte respondendo por 18% da população brasileira e consumindo 24% dos recursos federais destinados à Saúde. Além disso, três quartos destes recursos eram repassados através do pagamento por produção de serviços igualando Estados e municípios aos demais prestadores privados (Cordoni, 2001)⁴.

Em 1996, surge uma nova proposta de norma operacional do SUS, a NOB/96, com a finalidade de superar o quadro descrito anteriormente. As principais mudanças ocorreram na forma de repasses financeiros sendo agora uma transferência regular e automática fundo a

fundo. Dessa forma, possibilitou autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada. E, previa também incentivos para a mudança no modelo de atenção à Saúde e avaliação dos resultados.

A NOB/96 define claramente os papéis dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS. Atribui ao Estado a tarefa de mediar a relação entre os sistemas municipais, reafirma o papel das comissões intergestores no processo de articulação entre os gestores e estabelece tetos financeiros para todas as esferas de governo.

Para definição dos tetos dos municípios, esta norma cria a necessidade da realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os municípios e com a participação do gestor estadual. Esta elaboração deve ocorrer num processo ascendente, de base municipal, configurando também as responsabilidades do estado na busca da equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Para os municípios prevê duas modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Na primeira, o município assume a responsabilidade por gerir e executar a assistência ambulatorial básica, ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Além de gerir todas as unidades básicas de Saúde vinculadas ao SUS, elaborar a PPI, autorizar as internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados. E, por fim, controlar e avaliar a assistência básica.

Na gestão plena do sistema municipal, o município se responsabiliza por gerir todas as ações e serviços de Saúde tanto ambulatoriais e hospitalares, gerir todas as unidades e serviços de Saúde públicas e privadas vinculados ao SUS, elaborar a PPI, operar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Além de controlar, avaliar, realizar auditoria e pagamento das ações e serviços de Saúde no município. Por fim, administrar a oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais é referência.

Também houve mudanças na forma de gestão dos Estados. Com a NOB/96, há duas modalidades de gestão: gestão avançada do Sistema Estadual e gestão plena do Sistema Estadual. Na primeira forma, o Estado se responsabiliza pela elaboração da PPI junto aos municípios, coordenação da política de alto custo/complexidade, medicamentos excepcionais e tratamento fora do domicílio, formulação da política de sangue e de medicamentos. Coordenar a política de vigilância sanitária e epidemiológica, contratar, controlar e realizar auditoria dos serviços sob gestão estadual.

Na condição de gestão plena além das responsabilidades acima, o Estado assume a gestão dos serviços de Saúde exceto em municípios em gestão plena do sistema municipal e dos serviços básicos em municípios em gestão plena da atenção básica. Também deve operar o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIS/SUS).

Ao final de 2000, com o processo de descentralização a nível municipal tornam-se evidentes alguns problemas de inter-relação entre os sistemas municipais e estaduais, embora a habilitação nas condições previstas pela NOB - SUS/96 atingia mais de 99 por cento do total dos municípios do Brasil. Foi verificada a heterogeneidade dos municípios. Alguns pequenos demais para gerirem um sistema funcional completo, outros municípios necessitam da existência de mais de um sistema em sua área de abrangência além de serem simultaneamente pólos de atração regional. Isto também ocorre com os estados. A PPI, proposta pela NOB - SUS/96, não foi implementada de maneira que superasse os problemas burocráticos de acesso da população entre os municípios e/ou estados.

Em janeiro de 2001, através da Portaria nº 5 do Ministério da Saúde (MS), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS - SUS 01/2001). Esta Norma se organiza através da proposição de três estratégias articuladas: Regionalização e organização da assistência, Fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e Revisão de critérios de habilitação dos estados e municípios.

A primeira proposta defende a elaboração pelos Estados do plano diretor de regionalização (PDR), ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, qualificação de microrregiões na assistência à Saúde, organização dos serviços de média complexidade e implementação de política de atenção de alta complexidade/custo no SUS.

A proposta de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS está garantida através do processo de programação da assistência, da definição de responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada, do processo de controle, avaliação e regulação da assistência e dos hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo.

A NOAS - SUS 01/2001 propõe através da revisão de critérios de habilitação dos Estados e municípios a atualização das condições de gestão previstas na NOB - SUS/96 para os municípios e Estados além do detalhamento das responsabilidades, requisito e prerrogativa para cada modalidade de gestão.

Segundo o MS, esta norma possui como objetivo geral à promoção de maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de Saúde em todos os níveis de atenção. Para atingir esse fim, o MS adotou a Regionalização como macro-estratégia fundamental para o processo de descentralização e a implantação do SUS no momento atual⁹.

Para construção de um Sistema de Saúde idealizado pelo SUS, é necessário um planejamento estratégico próprio. A distritalização enquanto estratégia de construção do SUS prevê num conjunto de bairros, regiões de um município ou até num conjunto de municípios de uma região a apropriação do território como elemento essencial para o planejamento e gestão dos serviços de Saúde ofertados à população. Segundo Cordoni et al (2001)¹⁰, a territorialização da Unidade Básica de Saúde é uma estratégia/instrumento para construção de um modelo assistencial voltado para a realidade social. Para Mendes (1995)¹¹, o processo de distritalização apóia-se em três conceitos fundamentais: território, problema e práticas sanitárias.

Segundo Cordoni et al (2001)¹⁰, o território com caráter político-administrativo compreendendo uma área geográfica abordando uma população com características epidemiológicas, sociais e com suas necessidades de Saúde denomina-se Distrito Sanitário. Este pode ser um bairro de um município, vários bairros de um município ou vários municípios de uma região. Porém, o território não corresponde somente à área de abrangência de uma Unidade de Saúde. É um espaço em permanente construção e reconstrução, ou seja, produto de uma dinâmica social. Este conceito dialético de território denomina-se território-processo. Segundo Duncan (2000)¹², neste espaço social é configurado uma realidade de Saúde da população residente. Tal realidade também está em permanente movimento, por isso denominada de processo saúde-doença. Portanto, é um espaço de corresponsabilidade pela Saúde entre a população e o Sistema de Saúde.

Podemos ainda subdividir o Distrito Sanitário em território-distrito obedecendo à lógica político-administrativa, território-área referindo-se à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde e território-microárea. Este é corresponde a um espaço definido pela homogeneidade sócio-econômico sanitária aproximando-se do conceito de área homogênea de condições de vida tendo como objeto à prática da vigilância à Saúde. Dentro deste espaço, podemos identificar áreas de risco. E, estas áreas serão sempre o espaço prioritário das ações.

Segundo Silveira (2000)⁶ o problema irá traduzir a diferença entre o “é” e o “deve ser”. Este problema também dependerá do ator social que explica a realidade. Portanto, a

concepção de Saúde é fundamental para a problematização nesta área. Outra questão fundamental é o conhecimento do território nas suas singularidades. Para Mendes (1995)¹¹, os problemas podem necessitar fundamentalmente de duas formas de enfrentamento: contínua e ocasional. Na primeira, o maior espaço de ação é o território-microárea. Esta forma de enfrentamento é cotidiana constituindo-se no objeto das práticas sanitárias da vigilância à Saúde também é neste espaço que o Programa de Agentes Comunitários (PACS) tem desenvolvido suas práticas. A segunda forma de enfrentamento ocorre através da prática da atenção à demanda. Além destes problemas, a equipe de Saúde encara os problemas de organização dos serviços. Estes, seguidamente, constituem um obstáculo a ser resolvido para garantir a solução ou intervenção dos primeiros.

Em relação às práticas sanitárias, há duas formas de intervenção sendo uma relacionada aos problemas de enfrentamento contínuo (PEC) e outra, de intervenção pontual, voltada para os problemas de enfrentamento ocasional (PEO). Na intervenção sobre os PEC fundamenta-se na promoção à Saúde e na atenção coletiva do modelo sanitário. Enquanto a intervenção sobre os PEO está fundamentada a atenção à demanda no nível individual. Estas formas devem ser organizadas de forma compatível assim como a vigilância à Saúde deve contemplar ambas as práticas visando à integralidade das ações.

É importante lembrar que o Distrito Sanitário é uma forma de operacionalizar os princípios do SUS, entre eles, o princípio da Regionalização. Ou seja, faz parte do caminho que leva à construção de um Sistema de Saúde idealizado pelo SUS.

Já, a participação social no SUS foi regulamentada em 1990 através da lei 8.142. Esta lei institui a criação dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde que são duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo federal, estadual e municipal ¹³. Versava ainda sobre os mecanismos de transferência de recursos financeiros estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal ¹⁴.

De acordo com esta lei, os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo devendo formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de Saúde em seus aspectos econômicos e financeiros¹⁵. Segundo o MS, estas atribuições são também do poder Executivo e Legislativo. Assim, compartilham suas atribuições com os Gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde), as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmaras de Vereadores) incluindo os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o

Ministério Público e o Poder Judiciário ¹⁶. Esse é o espaço de atuação privilegiado dos Conselhos de Saúde.

Em relação às Conferências de Saúde, estas devem reunir-se no máximo a cada quatro anos em cada nível de governo. Estas reuniões possuem a finalidade de avaliar a situação além de propor diretrizes para formulação da política de Saúde de cada esfera de governo. São representadas por vários segmentos da sociedade, possuem caráter consultivo podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. São constituídos dos mais variados segmentos da sociedade agrupados em usuários e prestadores de serviços com direito a voz e voto em mesmo número de representantes assim como os Conselhos de Saúde.

É importante lembrar que o Distrito Sanitário é uma forma de operacionalizar os princípios do SUS no caso o princípio da Regionalização. Ou seja, faz parte do caminho que leva à construção do Sistema de Saúde idealizado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) – adotado pela grande maioria dos municípios brasileiros, ao menos em tese - é uma estratégia para construção das práticas sanitárias que fundamentam o Distrito Sanitário e também é um caminho de construção do SUS. Também é preciso questionar que, se as diretrizes e princípios do SUS incluem a participação social, é esperado que toda a população brasileira – aí incluídos usuários e profissionais - conheça a Lei da Saúde no País.

Para estudar a compreensão que usuários e profissionais tem do Sistema e de como ele se organiza foi realizada a pesquisa de campo que se desenvolve a seguir

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Usuários

Os oitenta e oito questionários analisados a seguir foram elaborados com vistas a desvendar algumas concepções do Sistema a partir do ponto de vista dos usuários (HU e ULS). Na Emergência do HU, foram entrevistados dezessete usuários. Nas Unidades Locais de Saúde, o número de entrevistas foi de setenta e um. Foram onze entrevistas na ULS Montecristo, catorze em Canasvieiras, Saco dos Limões e Centro. O maior número foi na ULS Saco Grande com um total de dezoito entrevistas.

A primeira questão, voltada para os motivos que levavam o usuário a procurar o Sistema, foi respondida por todos (Tabela 1). Dos dezessete usuários da Emergência do HU, dez eram acompanhantes e sete eram pacientes. Dez entrevistados responderam que o motivo de sua ida à Emergência era de acompanhar um parente ou amigo. E dois destes, revelaram a queixa do acompanhante. O pesquisador não perguntou ao acompanhante qual a queixa principal dos pacientes. Sete entrevistados deram alguma razão para irem a Emergência. No total, foram encontrados nove motivos. O pesquisador dividiu as respostas em duas categorias: queixas não-urgentes e queixas urgentes ou de emergência. As queixas não-urgentes foram seis tais como as seguintes:

Estou com tontura e dor de cabeça. (A, feminino, 25 anos)

Tive um problema de estômago [...]. (B, masculino, 32 anos)

Tabela 1 - Motivo de ida a Emergência do HU segundo os usuários da Emergência do HU

Acompanhar	10	58,8%
Queixas	07	41,2%
Total	17	100%

É claro que cabe ao profissional da Emergência após a anamnese, exame físico e, se necessário, avaliação dos exames complementares categorizar a queixa principal. Convém

salientar que o pesquisador não investigou o encaminhamento para estas queixas ou o seguimento das mesmas.

As queixas urgentes foram três, sendo que destas uma foi informada pelo acompanhante, e foram descritas abaixo:

Mordida de cachorro. (C, feminino, 37 anos)

Colisão de moto com ciclista (D, masculino, 20 anos)

Vim trazer meu pai que estava infartando. (E, feminino, 30 anos)

Em relação à primeira questão nas Unidades Locais de Saúde, as respostas foram divididas nas seguintes categorias: acompanhar, aferir pressão arterial, consulta, consulta marcada, curativo, exame, medicamento, queixas, vacinação e diversas. Algumas ainda foram subdivididas. Consulta marcada subdivide-se em consulta com dentista, pré-natal, preventivo e puericultura. Exame também foi dividido em buscar, fazer, mostrar e solicitar. Medicamento subdivide-se em buscar e receita.

Como observado na Tabela 2 adiante, sete entrevistados acompanhavam os pacientes no momento da pesquisa, dois usuários foram aferir a pressão arterial e quatro responderam ter ido a ULS para consultar. O maior número de respostas concentrou-se na categoria consulta marcada perfazendo um total de dezoito. Destes, seis eram consultas de puericultura e cinco consultas com médico. O mesmo número foi encontrado para as subcategorias consulta com o dentista e pré-natal perfazendo um total de três. E, um entrevistado respondeu ter ido a ULS para consulta de puericultura. Seis usuários foram fazer curativos. Algumas destas respostas foram exemplificadas abaixo:

Tenho consulta marcada com o médico (A', feminino, 50 anos)

Vim fazer o pré-natal (B', feminino, 22 anos)

Venho fazer curativos todos os dias (C', masculino, 38 anos)

Tabela 2 - Motivo de ida as Unidades Locais de Saúde segundo os usuários das Unidades Locais de Saúde

Consulta Marcada	18	25,3%
Queixas	10	14,0%
Exames	10	14,0%
Acompanhar	07	9,8%
Curativo	06	8,4%
Diversos	06	8,4%
Medicamento	05	7,0%
Consulta	04	5,6%
Vacinação	03	4,7%
Aferir PA	02	2,8%
Total	71	100%

A segunda categoria de maior número de respostas foram duas: exames e queixas com um total de dez respostas. Como foi dito anteriormente, exames foram subdivididas. O maior número de respostas, em exames, foi mostrar e solicitar ambas com três respostas. As outras subcategorias buscar e fazer exames tiveram o mesmo número de respostas que foi dois. As queixas foram as mais variadas, todas passíveis de resolução a nível ambulatorial. As mais citadas foram dor de cabeça e dor de garganta como a descrita abaixo:

Vim fazer uma geral na cabeça. Tenho muitas dores de cabeça. (D', masculino, 27 anos)

A categoria medicamento teve cinco respostas. Três entrevistados disseram ter ido a ULS para buscar medicamento e dois foram pegar receita com o médico. Uma destas respostas foram exemplificadas abaixo:

Para pegar receita de remédio controlado [...] (E', feminino, 50 anos)

Na categoria diversas, o pesquisador classificou os motivos que não se enquadravam em nenhuma das outras respostas. Nesta categoria, os motivos mais frequentes foram dois: pesar a filha e falar com o psiquiatra. Um entrevistado informou ter ido a ULS para fazer o

cartão do SUS e outro para marcar uma cirurgia. Por fim, três entrevistados foram se vacinar na ULS

Analisando os motivos que levam o usuário ao Serviço de Saúde, tanto na Emergência quanto nas Unidades Locais de Saúde, observa-se que não há critérios definidos na escolha do serviço. Nas Unidades Locais de Saúde, a abrangência do tipo de atenção leva a uma procura mais diversificada por parte da população usuária. Com relação às queixas, a maioria destas tanto na Emergência quanto nas Unidades Locais de Saúde, eram dentro da amostra estudada passíveis de resolutividade a nível ambulatorial. Botelho et al¹, em 1990, estudaram o perfil da demanda do Serviço de Emergência do HU. Nesse estudo, as infecções de vias aéreas superiores, a amigdalite, a hipertensão arterial sistêmica, a dor abdominal e a cefaléia foram os principais motivos de consulta. Os autores, já naquela época, relacionavam o uso abusivo dos Serviços de Emergência para atendimento de queixas típicas de serviços de atenção primária tanto no Brasil como no exterior.

As questões de número dois, três e quatro visaram compreender as referências de territorialização, resolutividade e hierarquização no SUS. Com relação à segunda questão, sobre a procura pela Emergência quando doente, todos entrevistados responderam com uma afirmação ou negação (Tabela 3). Sete responderam negativamente alegando ir a um outro hospital ou outro serviço, utilizar o Sistema privado e ao fato de nunca ter estado doente. Seis alegaram buscar outro Serviço sendo que três informaram utilizar um hospital, dois procuram o Serviço de Pronto-Atendimento e um encaminha-se ao Posto de Saúde. Um usuário busca atendimento no Setor privado. E uma entrevistada respondeu da seguinte forma:

Trago a mãe e o pai sempre aqui. Raramente fico doente. (F, feminino, 41 anos)

Tabela 3 - Procura pela Emergência quando doente

Sim	10	58,8%
Não	07	41,2%
Total	17	100%

Dez usuários da Emergência responderam a segunda questão afirmativamente. O pesquisador dividiu as respostas nas seguintes categorias: frequência, necessidade-gravidade e localização. A categoria frequência foi subdividida de acordo com as respostas em geralmente e poucas vezes. Cinco entrevistados responderam sempre buscar a Emergência do HU quando doentes, um entrevistado respondeu ir poucas vezes à Emergência. Dois relacionaram a procura a localização geográfica do serviço e dois a necessidade-gravidade.

Com relação à segunda questão nas Unidades Locais de Saúde, a maioria respondeu afirmativamente quanto a procurar sempre o Posto de Saúde quando doente (Tabela 4). O número das respostas foi de cinquenta e dois. Dezenove responderam negativamente. As respostas afirmativas foram ainda subdivididas quanto à frequência de ida aos Postos de Saúde. Enquanto as respostas negativas foram subdivididas quanto ao local do atendimento.

Tabela 4 - Procura pela ULS quando doente

Sim	52	73,2%
Não	19	26,8%
Total	71	100%

A maioria sempre ou geralmente vai ao Posto de Saúde quando doente. O número desta resposta foi de quarenta e três dentre os setenta e um entrevistados. Alguns associaram esta frequência a determinados motivos. Três informaram primeiro buscar atendimento na ULS. Dois entrevistados associaram ao fato de se necessário, serem encaminhados para a Emergência. Um usuário associou à localização geográfica e, outro à oferta de especialidade (psiquiatria).

Oito entrevistados disseram ir ao Posto de Saúde quando doentes pouco ou às vezes. E, um usuário referiu ser a primeira vez que utilizava a ULS.

Destes quarenta e três entrevistados, dois tiveram alguma reclamação do serviço prestado na unidade básica de Saúde. Uma entrevistada queixou-se de estar há dois anos esperando consulta com ortopedista. A outra reclamou de não ser atendida pelo fato da médica já ter ido embora.

Dezenove entrevistados referiram não ir ao Posto de Saúde quando doentes. Destes, sete utilizam o Sistema Privado e, dez vão para Emergência. A Emergência do HU foi a mais

lembrada com seis respostas. Depois, as Emergências do Celso Ramos e Hospital Regional de Florianópolis (HRF) também foram lembradas ambas com duas citações. Um usuário disse buscar atendimento tanto no HU quanto no Hospital Celso Ramos (HCR). Uma usuária havia se mudado há três meses e, outro tinha ido a ULS para buscar teste do pezinho do neto.

Quando doentes, a maioria dos entrevistados procuram ou já procuraram à Emergência. Dos dezessete entrevistados da Emergência, dez sempre procuram este Serviço. E, somente dois destes associaram o fato dessa procura a uma gravidade (conforme classificação adotada na análise). Nas Unidades Locais de Saúde, apesar da maior parte dos entrevistados afirmar que busca a ULS ao adoecer, estes já procuraram o Serviço de Emergência alguma vez. Quarenta e um entrevistados disseram ir ao Serviço de Emergência quando não vão as unidades básicas de Saúde independente do risco do evento mórbido.

Na Emergência do HU, a terceira questão perguntava se o usuário não fosse a Emergência, para onde este se dirigia (Tabela 5). Um entrevistado não respondeu, era um dos que havia dito sempre utilizar a Emergência do HU. Cinco disseram ir a um Hospital, e cinco afirmaram ir a um Posto de Saúde. A Emergência do Hospital Celso Ramos foi o local referido por três usuários enquanto a Emergência do Hospital Florianópolis foi lembrado por um entrevistado. Um usuário referiu buscar atendimento em ambas Emergências dos Hospitais acima.

Na maioria das vezes, vou ao Celso Ramos quando me ataco da coluna. Porque, aqui (HU), não há ortopedista.(G, masculino, 32 anos)
Posto de Saúde quando tenho consulta de rotina.(H, feminino, 23 anos)

Tabela 5 - Procura por outro serviço quando doente segundo os usuários da Emergência do HU

Emergência de outros Hospitais	5	29,4%
ULS	5	29,4%
PA dos Ingleses	3	17,6%
Serviço Privado	3	17,6%
HU	1	6,0%
Total	17	100%

Três usuários se dirigem ao Pronto-Atendimento localizado no bairro dos Ingleses. Este mesmo número referiu ir ao Sistema Privado (consulta particular). Um entrevistado era policial. Este informou utilizar o Hospital da Polícia Militar.

Nas Unidades Locais de Saúde, a terceira questão perguntava ao usuário, caso não fosse ao Posto de Saúde, para onde se dirigia (Tabela 6). A maioria das respostas foi a Emergência com um total de quarenta e um, dentre os setenta e um entrevistados. Alguns disseram o motivo. Três entrevistados disseram que era pelo fato do Posto de Saúde estar fechado, dois associaram a gravidade do evento. Um entrevistado disse ir com frequência ao Serviço de Emergência, outro informou ter sido encaminhado pelo Posto e, um usuário associou a rapidez do atendimento.

Tabela 6 - Procura por outro serviço quando doente segundo os usuários das Unidades Locais de Saúde

Emergência	41	57,7%
ULS	21	29,5%
Serviço Privado	9	12,8%
Total	71	100%

O serviço mais lembrado novamente foi a Emergência do HU com trinta respostas. O segundo local mais lembrado foi a Emergência do Celso Ramos com oito respostas. O HRF totalizou cinco respostas enquanto o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) teve três afirmativas. Um usuário disse ir ao Hospital Regional de São José (HRSJ). Alguns usuários referiram usar mais de um Serviço de Emergência. Seis informaram ir tanto ao HU como o HCR. Dois usuários disseram ir ao HU e ao HIJG. O usuário, que citou o HRSJ, também utiliza a Emergência do HU.

Nove entrevistados utilizam o Sistema privado. Vinte e um usuários disseram não ir a nenhum outro Serviço a não ser o Posto de Saúde. Entretanto, nove já utilizaram alguma vez a Emergência. Desta vez, os locais mais citados foram as Emergências do HRF e o HCR com duas respostas. A Emergência do HU, o HCR e o HIJG foram citados uma única vez e, apenas um usuário disse utilizar tanto o HU como o Hospital Celso Ramos. Três entrevistados nunca

utilizaram nenhum tipo de serviço de Emergência pelo fato de terem se mudado há pouco tempo para Florianópolis.

A quarta questão indagava sobre a utilização de outros Serviços de Saúde além daquele onde se encontrava o entrevistado, e qual a opinião a respeito da mesma. Na Emergência, somente um respondeu negativamente, este utilizava apenas a Emergência do HU. Os outros dezesseis apontaram para os seguintes serviços: Postos de Saúde, Clínicas Particulares e Emergência/Pronto-Atendimento. Os Postos de Saúde foram os locais mais citados perfazendo treze das dezessete respostas. Três citaram o Serviço de Emergência ou Pronto-Atendimento e um somente citou uma clínica particular. Os resultados podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 7 - Utilização de algum outro serviço segundo os usuários da Emergência do HU

ULS	13	70,6%
Emergência	3	23,5%
Serviço Privado	1	5,9%
Total	17	100%

Com relação aos Postos de Saúde, os dados foram divididos em bom ou ruim. Oito respostas entraram na classificação como bom enquanto cinco respostas entraram na classificação como ruim. O atendimento foi classificado como bom por quatro usuários. Dois classificaram como bom pelo fato de receber medicação. Um relatou como bom por ter feito curativo no Posto de Saúde. E um entrevistado achou bom pela razão do médico saber o caso e pelo trabalho dos agentes comunitários.

Posto de Saúde do Saco Grande. O posto é bom (atendimento). Aqui, cheguei às 18:40 para ser atendida às 20:30. Tá doido! (C, feminino, 37 anos)

Às vezes, no Posto de Saúde dos Ingleses para pegar medicação. Acho bom. Não tenho do que me queixar. (L, masculino, 36 anos)

Posto dos Ingleses. Um pouco conturbado por causa do número de pessoas. Mas, tirando isso, o atendimento é bom. (M, masculino, 20 anos)

Embora oito entrevistados classificassem o Posto de Saúde como bom, cinco tiveram alguma reclamação. A falta de medicação foi a principal, surgindo entre dois entrevistados. As queixas foram quanto à necessidade de melhorar, demora no atendimento, excesso de pessoas, falta de medicação. As outras foram apontadas pelo restante, perfazendo uma reclamação por usuário.

A classificação ruim do Posto de Saúde teve os seguintes motivos: atendimento, falta de medicação, demora, burocracia, falta de especialista e perfil do profissional. A maior reclamação consistiu no atendimento ruim e na escassez de medicamento expresso por dois entrevistados. A frequência das outras reclamações foi de uma queixa por usuário. Um mesmo entrevistado reclamou de mais de uma queixa e, estas foram contabilizadas separadamente pelo pesquisador.

[...] No Posto de Saúde, é muito ruim, é péssimo. Até para conseguir remédio é difícil.
(A, feminino, 25 anos)

Acho que tem um pouco de burocracia no Posto de Saúde. Tem exames aqui (HU) que só faz se tiver internado e outros no Posto. O Posto não autoriza exame de alto custo. Daí chega aqui, na Emergência, não faz a não ser que esteja internado.
(N, feminino, 31 anos)

O segundo local mais frequente foi a Emergência ou Pronto-Atendimento perfazendo quatro respostas. Dois usuários citaram ir à Emergência do Hospital Celso Ramos (HCR). Destes, um referiu procurar pelo atendimento neste Serviço ser melhor e o outro reclamou da demora no atendimento. Um informou ir ao HU. E, o último entrevistado disse ir ao Pronto-Atendimento dos Ingleses. Somente um sujeito disse buscar Serviço privado (clínica particular).

Emergência do Celso Ramos. Tive que brigar na direção, só havia um médico. Depois, havia cinco ou seis médicos, muita gente, esperando. Para alguns é banal, mais um ser humano para atender. [...] (E, feminino, 30 anos)

As respostas apontaram para Emergência, clínicas particulares ou nunca ter utilizado outro serviço nas Unidades Locais de Saúde conforme observado na tabela 8. O serviço de maior número de respostas foi a Emergência com sessenta respostas. A Emergência do HU foi o local mais citado novamente com trinta e seis respostas. Em segundo, o Serviço de Emergência do HCR com quinze respostas. Sete entrevistados disseram utilizar ambos. O terceiro local mais lembrado foi o HRF com sete respostas, e foi o mesmo número do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Três entrevistados utilizaram tanto o HU como o HIJG, outros três responderam ter utilizado o Hospital Regional de São José. Destes, dois usuários informaram já ter utilizado tanto o HU quanto o HRSJ. A Maternidade Carmela Dutra foi referida por três usuários.

Tabela 8 - Utilização de algum outro serviço segundo os usuários das Unidades Locais de Saúde

Emergência	60	84,5%
Nunca utilizaram	10	14,0%
Serviço Privado	1	1,5%
Total	17	100%

Com relação à opinião dos entrevistados, todos responderam sobre o atendimento. As respostas foram classificadas em bom ou ruim. Quarenta e nove informaram como bom. Destes, dezesseis ainda justificaram o bom atendimento. Sete usuários deram como motivo à rapidez no atendimento, cinco usuários justificaram simplesmente pelo fato de ser atendido. Dois associaram ao fato de terem sido encaminhados para outros Serviços. Medicamento e realização de exames tiveram a mesma frequência de uma justificativa por usuário. Dez entrevistados fizeram alguma queixa ao Sistema de Saúde, mesmo entendendo que o atendimento prestado na Emergência seja bom. A demora no atendimento foi a maior reclamação tendo sido lembrado por seis entrevistados. Dois usuários acreditam que a qualidade do Serviço depende do perfil do profissional da área da saúde e um usuário associou a procura de atendimento médico na Emergência à precariedade do Posto de Saúde.

Emergência do HU. Acho o atendimento bom. Sempre atendem na hora, não demora muito. (F', feminino, 41 anos)

Emergência do HU. [...] Fui bem atendida, fiz exames na hora. [...] (G', feminino, 33 anos)

Onze entrevistados disseram achar ruim, o atendimento na Emergência. Oito justificaram a resposta devido à demora no atendimento. Três usuários afirmaram terem sido maltratados ou mal atendidos alguma vez. E, um usuário acredita que a qualidade atendimento depende do perfil do profissional. Algumas destas respostas foram descritas abaixo:

Emergência do HU. Não achei graça nenhuma. Porque não fui bem atendida. (H', feminino, 22 anos)

Emergência do HU. É muito demorado. (I', masculino, 26 anos)

Emergência do HU. O atendimento é péssimo. Às vezes, dependendo do médico ou do estagiário, já fui bem atendida. (J', feminino, 25 anos)

Um usuário disse ter usado clínica particular. Dez entrevistados nunca usaram algum outro tipo de Serviço. Destes, seis somente utilizam o Posto de Saúde. Porém, um usuário já foi à Emergência para levar sua filha quando doente. E, o restante dos entrevistados havia se mudado há pouco tempo para Florianópolis.

Analisando as respostas dos usuários, nota-se o total desconhecimento da organização do SUS. Os usuários procuram por atendimento nos diversos tipos de serviços de Saúde, entretanto desconhecem os limites de cada serviço. A Emergência é um local de livre acesso, mas não a porta de entrada do Sistema. Esta função é da Unidade Local de Saúde. Isto nos leva a questionar como os usuários percebem o atendimento tanto na Emergência como nas unidades básicas de Saúde.

Treze dos entrevistados da Emergência do HU já utilizaram a ULS, sendo que oito destes gostaram do atendimento recebido. Porém, até estes tiveram alguma reclamação. A reclamação mais freqüente foi com relação à falta de medicamento. Do grupo das Unidades Locais de Saúde ao serem indagados se já utilizaram outro Serviço de Saúde, estes afirmaram ter utilizado a Emergência. Novamente, a maioria gostou do atendimento prestado. Também foram feitas reclamações sendo que a mais comum foi quanto à demora para o atendimento.

Em artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública, uma pesquisa qualitativa realizada com usuários do SUS no Rio de Janeiro estudando, entre outros fatores, o cotidiano do atendimento afirma que “a população não suporta a negação do atendimento, apesar de demonstrar até uma boa dose de tolerância com os serviços” (Bosi e Affonso, 1998, p.361)¹⁷. Isto explica, em parte, a preferência para Emergência; uma vez que os usuários garantem o atendimento fato supervalorizado pela população.

Ouçó falar, mas na verdade não conheço o SUS. [...] O SUS era para fornecer várias coisas, mas a pomada que preciso não fornece. Porque, hoje em dia, não tenho condição de comprar sempre (L', masculino, 38 anos)

Apesar da população estar satisfeita com o atendimento nas Unidades Locais de Saúde, ela reclama da falta de medicamentos. Entretanto, o direito à Saúde é garantido pela Constituição Federal. Tal fato nos leva a entender a percepção da população sobre o SUS. As contradições enfrentadas pelo Sistema se refletem na forma como a população se sente em relação a ele.

A quinta questão abordava o conhecimento do usuário do SUS sobre a organização do Sistema. Oito afirmaram conhecer o SUS na Emergência do HU. Destes, as respostas associavam a sigla SUS, ao direito legal, ao atendimento e ao INSS. Tanto a sigla entendida, como direito, quanto atendimento, foram as respostas mais comuns perfazendo um total de três por usuário. Dois entrevistados associaram o SUS ao INSS. Apenas um usuário respondeu unindo a idéia de universalidade com a definição da sigla.

É o Sistema Único de Saúde. O atendimento é para todos [...] (O, feminino, 41 anos)
Quero conhecer agora. Estou esperando uma ressonância, já me disseram que vai demorar oito meses. SUS é o Sistema Único de Saúde depende da verba do Estado.
(P, masculino, 32 anos)
Sei pouca coisa. É o convênio do Estado, do governo. É um direito que nós temos, direito à hospitalização, remédio no Posto. (D, masculino, 20 anos)

Duas entrevistadas disseram conhecer o Sistema. Mas, no momento, de expressar sua compreensão sobre o SUS, uma associou à demora e a outra chegou a perceber, ainda que de forma limitada, a amplitude do Sistema. Sete entrevistados responderam não saber.

A única coisa que sei, é que demora para marcar exames [...].

(N, feminino, 31 anos)

É tudo o que envolve isso daqui inclusive Hospital, Posto de Saúde. É do povão. Não sei se envolve clínica particular .

(O, feminino, 18 anos)

Dentre os setenta e um entrevistados nas Unidades Locais de Saúde, cinquenta e um responderam afirmativamente conhecer o SUS e vinte de forma negativa. As respostas afirmativas ainda foram subdivididas em atendimento, carteira do SUS, encaminhamento, exames, INSS, sigla, Sistema de Saúde. Atendimento foi a resposta mais associada ao conhecimento do SUS com um total de trinta e cinco. O significado da sigla SUS ficou em segundo com nove respostas. Dois entrevistados associaram a definição SUS à carteira do SUS assim como dois também definiram SUS como Sistema de Saúde. As demais categorias tiveram uma resposta por usuário.

Sim, conheço o SUS. [...] Pelo que sei, meu atendimento é pago pelo SUS (M', feminino, 56 anos)

Sim, é o Sistema Único de Saúde. Não sei muita coisa (N', feminino, 21 anos)

Alguns tiveram alguma queixa do Sistema. Cinco entrevistados lembraram da demora em serem atendidos, dois reclamaram da demora para consultar com um especialista. Dois referiram a precariedade dos Postos de Saúde. E, um usuário queixou-se do atendimento sendo classificado por este como ruim. As respostas dos usuários tanto na Emergência quanto nas Unidades Locais de Saúde estão expostas na tabela abaixo.

Tabela 9 - Conhecimento do SUS segundo os usuários

Sim	59	67,0%
Não	29	33,0%
Total	88	100%

A sexta questão se referia a participação popular (Tabela 10). Perguntava sobre o conhecimento da existência de um Conselho Local de Saúde (CLS) no bairro do entrevistado. Se a resposta fosse afirmativa, perguntava-se a opinião do entrevistado a respeito da atuação do mesmo. Dezesseis responderam desconhecer a existência de um CLS. Somente um relatou sua dúvida sobre essa possibilidade.

Nunca ouvi falar. Mas, acho que há. Porque o Posto de Saúde dos Ingleses foi uma reivindicação antiga e conseguiram. (P, masculino, 36 anos)

Nas Unidades Locais de Saúde, sessenta e quatro entrevistados não sabem o que é um Conselho Local de Saúde. Sete responderam que existe um Conselho Local; destes, cinco disseram que sabiam da sua existência, mas não souberam dizer se estes eram atuantes. Um usuário do Saco Grande alegou que o Conselho Local não era atuante devido a discórdia dentro da comunidade. Um usuário do Montecristo afirmou que era atuante por resolver os problemas da população.

Tabela 10 - Conhecimento sobre a existência de um Conselho Local de Saúde no bairro do usuário

Sim	8	9,0%
Não	80	91,0%
Total	88	100%

A população desconhece seu direito de participar do Sistema o qual é garantido pela Constituição e um princípio do SUS. Além disso, nos mostra a total falta de mobilização

quando desconhecem a existência e atuação de um Conselho Local de Saúde em sua comunidade.

Outro fato constatado foi a confusão entre Conselhos Locais de Saúde e os agentes comunitários pelos usuários. Conill¹⁸ (2002) lembra que “a grande visibilidade do PSF se dá pela presença maciça dos agentes comunitários responsáveis pelas visitas e acompanhamento dos grupos prioritários” (Conill, 2002, p. 201). Isto nos relembra que a experiência vivida pela população irá refletir na elaboração dos conceitos sobre o Sistema de Saúde.

A última questão procurava investigar o grau de conhecimento dos entrevistados sobre os conceitos de Regionalização no SUS. Em caso de resposta positiva, perguntava a definição ao entrevistado. Dezesete entrevistados responderam que desconheciam os referidos conceitos na Emergência do HU.

Nas Unidades Locais de Saúde, a maioria disse não saber sobre tais princípios perfazendo um total de sessenta e nove respostas. Dois usuários, uma ex-funcionária da SMS de Florianópolis e outro entrevistado relacionaram Regionalização e Hierarquização com as Regionais de Saúde e com a municipalização da Saúde respectivamente. Os resultados dos usuários tanto nas Unidades Locais de Saúde quanto na Emergência encontram-se na tabela a seguir

Tabela 11 - Conhecimento sobre Regionalização/Hierarquização dentro do SUS

Sim	2	2,2%
Não	86	97,8%
Total	88	100%

Com relação ao conhecimento do SUS, a maior parte dos entrevistados respondeu saber o significado da sigla SUS tanto na Emergência como nas Unidades Locais de Saúde. Porém, as respostas mais comuns restringiram-se a apenas isso e a sua associação com a assistência. Percebe-se um total desconhecimento sobre os princípios e diretrizes do Sistema. Com relação à Regionalização/Hierarquização não foi obtida nenhuma resposta que identificasse sua compreensão por parte dos usuários. O resultado é o mesmo quanto aos Conselhos Locais de Saúde e quanto ao conhecimento do princípio de controle social. Estes resultados podem ser explicados analisando-se as respostas das equipes de Saúde.

5.2 Equipes de Saúde

Foram entrevistados no total dez membros das equipes de saúde tanto nas Unidades Locais de Saúde quanto na Emergência. Esta entrevista foi aplicada para, pelo menos, um médico ou enfermeiro de cada local (HU/ULS). A primeira pergunta abordava o entendimento do SUS pela equipe (Tabela 12). Quatro entrevistados entendem o SUS como um Sistema de Saúde que deve garantir o atendimento a toda a população. Outros três entendem como um Sistema de Saúde baseado em uma excelente teoria, mas com uma prática ineficiente. Dois membros da equipe acreditam que o SUS é um bom Sistema de Saúde que necessita de melhorias, ou seja, mais recursos financeiros e humanos. Um membro da equipe entende como um Sistema avançado sendo uma proposta única no Mundo.

Tabela 12 -: Entendimento do SUS segundo os membros da equipe de Saúde

Garantir atendimento	4	40%
Excelente teoria, prática ineficiente	3	30%
Bom Sistema de Saúde precisa de melhorias	2	20%
Sistema avançado proposta única no mundo	1	10%
Total	10	100%

Analisando as respostas, percebe-se que as equipes associam o SUS ao atendimento assim como os usuários. Três entrevistados ainda reconhecem o SUS como um Sistema de Saúde com uma ótima base teórica, mas afirmam que não funciona na prática.

A segunda questão volta-se para alguns princípios de organização do Sistema referentes a territorialização abordando o conhecimento de Regionalização/ Hierarquização que a equipe possui. Quatro entrevistados definiram Regionalização como a oferta de serviços em uma determinada região. O mesmo número de entrevistados relacionaram às Regionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, e dois membros da equipe associaram Regionalização à referência/contra-referência. Fundamentada do conceito de Regionalização do SUS, a SMS de Florianópolis dividiu o município em Regionais de Saúde a fim de uma melhor organização do Sistema de Saúde. As Regionais são cinco: Centro, Continente, Norte, Leste e Sul.

Quanto a Hierarquização, sete entrevistados se referiram aos níveis de atendimento primário, secundário e terciário. Dois associaram com a hierarquia dentro da Secretaria

Municipal de Saúde (organograma). E, um entrevistado relacionou com a hierarquia dentro da própria equipe de Saúde. Ainda, três entrevistados reclamaram do sistema de referência/ contra-referência, estes entendem que o problema do Sistema de Saúde está no nível secundário onde não há uma resposta adequada às necessidades da população levando a uma sobrecarga do nível primário. Algumas respostas da equipe a esta questão foram descritas abaixo assim como duas tabelas correspondendo respectivamente às respostas sobre Regionalização e Hierarquização.

Regionalização é uma tentativa de adequar o SUS a realidade de oferta de serviços e a demanda de cada região. [...] Hierarquização seria uma tentativa de racionalizar os recursos dentro dos diferentes níveis (primário, secundário, terciário) [...] incluindo referência/ contra-referência. (P1)

Regionalização é a divisão em chefias: Regional Norte, Sul, Leste, Centro, e Continente. A Hierarquização seria o Secretário de Saúde, Chefe de departamento... É a hierarquia. (P2)

Tabela 13 - Conhecimento sobre Regionalização segundo os membros da equipe de Saúde

Oferta de Serviços de Saúde em uma determinada região	4	40%
Regionais de Saúde	4	30%
Referência/Contra-Referência	2	20%
Total	10	100%

Tabela 14 - Conhecimento sobre Hierarquização segundo os membros da equipe de Saúde

Níveis de atendimento	7	70%
Hierarquia dentro da SMS	2	20%
Hierarquia dentro da própria equipe	1	10%
Total	10	100%

Esta falta de clareza conceitual sobre o SUS é muito preocupante. Uma vez que, quando a equipe informar a população sobre a organização do Sistema, haverá o risco desta informação ser repassada de forma errônea. Além disso, estas respostas nos levam a refletir

alguns aspectos sobre a formação destes profissionais, a indagar sobre os conceitos sobre o SUS que receberam na academia, e sobre a compreensão que tem a respeito do Sistema onde trabalham.

A terceira e a quarta pergunta dizem a respeito da participação popular. A terceira pergunta busca compreender como a equipe avalia a compreensão da população sobre o Sistema e quais os critérios para tal julgamento (Tabela 15). A maioria respondeu que os usuários não conhecem o Sistema de Saúde perfazendo seis respostas. Destes, cinco responsabilizam a falta de informação. Um entrevistado mencionou a confusão feita pelos usuários ao acreditar que, pagando o INSS terão seus direitos garantidos, além de todos os seus problemas resolvidos. Dois entrevistados acreditam que a população conheça o Sistema. Um disse que a população conhece o Sistema por onde transita. Além disso, segundo este membro da equipe, quem não frequenta o Sistema público não o conhece. O outro membro acredita que a população conhece pelo fato de ter aumentado a demanda pelo Serviço de Saúde. Duas destas respostas foram ilustradas abaixo.

De modo geral, a população não conhece por falta de informação. (P3)

Não conhece o Sistema. Porque a população pensa ainda, que pagando o INSS possui direito e tudo deve ser resolvido. (P4)

Tabela 15 - Conhecimento da população usuária sobre o Sistema de Saúde segundo os membros da equipe de Saúde

Não conhece	6	60%
Conhece	2	20%
Conhece pouco	2	20%
Total	10	100%

E, dois entrevistados disseram que a população conhece pouco. Um membro da equipe mencionou o desconhecimento da população pelo fato de não participar do Sistema como previsto por Lei. O outro mencionou a mesma confusão sobre o direito garantido e a resolutividade dos seus problemas pelo fato de contribuírem com o INSS.

A quarta pergunta questionava a percepção da equipe sobre a satisfação da população com o atendimento recebido dentro do SUS e a sua justificativa (Tabela 16). Sete entrevistados afirmaram que a população não está satisfeita, justificaram através da falta de integralidade das ações e da falta de recursos financeiros, materiais e humanos ambas com duas respostas. Dois entrevistados alegaram que o SUS não cumpre, ou cumpre parcialmente, e os três restantes acreditam que a população está satisfeita justificando suas respostas com a simples disponibilidade do atendimento.

No geral (pausa). Eles são muito passivos, se forem atendidos estão satisfeitos (P5)
 Não estão satisfeitos. Porque precisa de uma maior integração entre o nível primário e secundário. Tendo uma integração maior com nível secundário, as coisas iram melhorar. (P6)

Tabela 16 - Satisfação da população usuária com o atendimento recebido dentro do SUS segundo os membros da equipe de Saúde

Insatisfeita	7	70%
Satisfeita	3	30%
Total	10	100%

A quinta questão investigava a auto-percepção das equipes. Perguntava se o Serviço de Saúde onde foi feita a entrevista atendia as necessidades de quem o procurava (Tabela 17). Oito entrevistados responderam afirmativamente, todos justificaram com o fato de considerar que para uma população carente a existência do atendimento, já é satisfatório. Ainda dois entrevistados reconheceram o descontentamento dos usuários ao encaminhá-los a outro nível de atendimento ou na solicitação de determinados exames.

De modo geral, atende. Mas quando é preciso ser encaminhado ou precisa fazer exames de alto custo, demora demais. (P7)

Acho que atende as necessidades da população, face a carência da comunidade. Porque nós somos os únicos que eles têm. (P8)

Tabela 17 - Entendimento sobre a resolutividade do atendimento prestado no Serviço de Saúde onde atua os membros da equipe de Saúde

Sim	8	80%
Não	2	20%
Total	10	100%

A maior parte do entrevistados das equipes de Saúde acredita que os usuários não conhecem o Sistema de Saúde e não estão satisfeitos com o atendimento prestado. Cinco dos entrevistados reconhecem que há falta de informação. Somente um entrevistado reconheceu na falta de informação da população a responsabilidade dos profissionais de Saúde.

A população usuária não conhece o Sistema. [...] Desconhece porque nós não educamos ou educamos mal. (P9)

Ou seja, a maioria dos profissionais entrevistados não vê como sua obrigação à informação dos usuários sobre o funcionamento do Sistema. Os membros das equipes de Saúde correlacionam a insatisfação dos usuários à não integralidade das ações, fato que lhes foge ao controle, e a falta de recursos humanos, materiais e estruturais algo que tampouco podem resolver.

Torna-se evidente que as equipes de Saúde desconhecem o pensamento dos usuários, e estes, em geral, já estão satisfeitos pelo simples fato de serem atendidos.

Outro fato apontado pelas respostas dos profissionais de Saúde é a falta de integralidade das ações. Há um sério problema quando se tenta encaminhar o usuário para um nível de maior complexidade do Sistema. Tanto a equipe como a população, informam este problema que é evidenciado pela demora ao atendimento com especialistas e na marcação de exames de alto custo. Isto pode ser entendido como consequência da forma de gestão adotada pelo município- Gestão Plena da Atenção Ampliada. Este fato não consegue garantir a gerência plena do Sistema Municipal de Saúde ao seu Secretário, aumentando o grau de dependência das políticas estaduais.

Com relação aos usuários, percebe-se por parte destes uma resignação com toda esta situação. Existe no imaginário da população usuária do Sistema a idéia de que enquanto o

Sistema Público é demorado ou incompetente, o Setor Privado lhes garantiria um atendimento rápido e de alta qualidade.

Esta conjuntura nos impulsiona a buscar compreender como foi a constituição do Sistema Municipal de Saúde em Florianópolis e até chegar em seu momento atual.

5.3 Ensino-Serviço

Duas entrevistas, uma com o Professor Doutor Marco Aurélio Da Ros representante da UFSC e vinculado ao Movimento Sanitário, e outra com a Professora Doutora Maristela Chisto Sisson representante da UFSC e da SMS de Florianópolis, com o objetivo de resgatar e relatar a construção do SUS e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Florianópolis no sentido de compreender a trajetória das diretrizes que os fundamentam, foram realizadas.

Segundo a Prof^a.Dr^a. Sisson, já na década de 1980, os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estavam envolvidos com a Reforma Sanitária. Os profissionais da SMS em todos os níveis da instituição valorizavam a atenção primária. Este quadro também se encontrava na UFSC com profissionais envolvidos com o Movimento Sanitário. Na Universidade, havia preocupação com a formação de um profissional da área da Saúde voltado para as idéias discutidas pela Reforma Sanitária. Houve a criação de estágios de extensão junto aos Postos de Saúde, porém foram experiências pontuais. Estes estágios ocorriam em alguns Postos da rede tendo sido esta experiência o embrião do Programa Docente-Assistencial (PDA). Segundo o Prof.Dr. Marco Aurélio Da Ros, nos anos 80, a Universidade inaugurou o Posto da Costeira onde os alunos trabalhavam as idéias do Movimento Sanitário.

“Neste Posto da Costeira, a gente levava os alunos para formar na lógica do Movimento Sanitário. Já defendendo a idéia de um Sistema de Saúde único, equânime [...] Em 1986, realiza-se a 8ª CNS com a plataforma: Saúde: direito de todos, dever do Estado. No ano seguinte, as idéias desta Conferência são levadas à Constituinte. Em 1988, há a elaboração da Constituição proclamada em 1989 com a criação do SUS. Neste mesmo ano, ocorre, em Santa Catarina, o Fórum Popular Estadual de Saúde onde foi discutido a Lei Orgânica da Saúde para o Estado. Uma vez que a Lei Nacional deveria ser referendada também nos Estados e Municípios”.

(Prof/Dr Marco Aurélio Da Ros)

O Prof.Dr. Da Ros afirma que “somente, em 1993, esta Lei Orgânica de Saúde é aprovada. Em 1996, segundo a NOB/96, Florianópolis habilita-se como Gestão Parcial do Sistema”.

Segundo ambos os entrevistados, em 1994, o Ministério da Saúde adota a proposta do Programa de Saúde da Família para todo país. Inicialmente, o programa deveria ser implantado em um município por Estado do Brasil. Em Santa Catarina, ocorre um fato inusitado uma vez que dois municípios implementam o Programa: Criciúma e Joinville. A SMS de Florianópolis não adota este programa inicialmente. Em 1996, após as eleições municipais, Florianópolis implementa o PSF primeiramente com seis equipes em quatro áreas para posteriormente expandir o programa até chegar a toda rede.

Nos anos 90, existia um programa denominado Distrito Docente- Assistencial. Neste, os alunos eram levados aos Sistemas Locais de Saúde com o objetivo de trabalhar os conceitos preconizados pelo SUS. Em 1996, é introduzido o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Florianópolis. Em 1997, na UFSC, cria-se o Internato em Saúde Pública no currículo do curso de Medicina. Nessa mesma época, consolida-se um convênio Universidade-Prefeitura criando o Programa Docente-assistencial (PDA). Antes disso, havia uma experiência dos alunos nos Postos na década de 80. Portanto, em 1997, os postos de Saúde da rede foram consolidados como um espaço para formação de novos profissionais.

A Prof^a.Dr^a. Sisson reafirma a importância da criação do PDA na seguinte fala: “[...] para fazer essas transformações, não adianta ficar só na assistência, mas tinha que trabalhar com recursos humanos. Era necessário constituir um programa maior, articulando ensino e serviço para formar profissionais não só para rede privada, mas para os setor público. [...] Então, consolida-se o Programa Docente Assistencial.”

A professora Maristela C. Sisson relata ainda que:

“Os gestores titulares do PDA, que são o diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS), o diretor do HU e o secretário municipal de Saúde, encomendam um estudo de avaliação do PDA para implantação deste junto ao PSF em 2000. A partir deste ano, o PSF é implantado dentro do PDA. Inicialmente, os alunos do curso de Medicina do décimo semestre participam de oito postos de Saúde durante o internato em Saúde Pública assim como os estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Atualmente, são dezesseis postos com alunos do primeiro até o quinto semestre além dos alunos do internato. Há previsão de ampliação para vinte e cinco postos no final de 2005, a fim de englobar todo o curso de Medicina e Enfermagem”.

Após implantação do PSF, em Florianópolis, ocorre nos anos seguintes a capacitação dos profissionais do programa. Em 1998 e 1999, é criado um pólo de capacitação para os enfermeiros na UFSC. E, estes iriam capacitar os agentes comunitários posteriormente. Nesta mesma época, na Universidade, há uma pressão, inclusive dos alunos, para formação de um profissional para trabalhar nessa nova área da Saúde. Em 1999, há a elaboração do projeto do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Porém, sua aprovação e o financiamento pelo Ministério da Saúde ocorre somente em 2001. Em 2002, acontece o primeiro processo seletivo da Residência.

Com relação ao controle social, os Conselhos Locais de Saúde são criados em Florianópolis em 2000 a partir de um decreto municipal aprovado pela Câmara de Vereadores. Na opinião dos entrevistados, não houve participação popular efetiva na criação dos Conselhos Locais de Saúde. A Prof^a.Dr^a. Sisson relata que “no ano 2000, o secretário de Saúde disse: façam-se os Conselhos Locais de Saúde em todos os locais. Até foi feito, mas furaram”. Foi feito contato com o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis a fim de saber a situação dos Conselhos Locais pertencentes às Unidades Locais visitadas. Segundo, o Conselho Municipal informou que, com exceção de Canasvieiras, as demais Unidades visitadas possuem um Conselho Local atuante.

Atualmente, ocorre uma melhora qualitativa dos profissionais da rede devido à realização de cursos de capacitação em serviço e a existência de curso de especialização e residência na UFSC que visam a formação de um novo perfil profissional na Saúde. A mudança curricular dos cursos de graduação da área da Saúde fomentados pelos Ministérios da Saúde e Educação também aponta na mesma direção. Em 2003, é realizado um concurso público pela Secretaria Municipal de Saúde reforçando o Sistema com a contratação de novos profissionais no ano seguinte. Para Prof.Dr. Da Ros, este fato refletirá também no PDA com a presença de profissionais mais preparados para receber os alunos da rede de Serviços.

Os dois professores entrevistados concordam que Florianópolis é um município privilegiado por contar com uma boa rede hospitalar. Porém, o Professor Doutor Marco Aurélio Da Ros acredita que não há uma articulação entre os gestores. A rede hospitalar encontrada em Florianópolis é de responsabilidade do Estado, enquanto o município de Florianópolis se responsabiliza pela gestão das Unidades Locais de Saúde (gestão plena da atenção básica ampliada). Além disso, há um hospital-escola de nível federal. Quando o município necessita do nível secundário ou terciário, este se encontra sob responsabilidade do

Estado através da central de marcação de consultas. Já, o HU deve ceder vagas para o Estado, não podendo realizar um convênio diretamente com a prefeitura.

A Prof^a.Dr^a. Maristela C. Sisson relata que “Florianópolis é um lugar privilegiado... Florianópolis está com Centros de Saúde ótimos, com uma rede excelente, até supra-dimensionada...”

O Prof.Dr. Marco Aurélio Da Ros complementa dizendo que:

“Florianópolis tem tudo para ser a cidade de melhor atenção à Saúde do Brasil. Porque é uma cidade com uma porção de postos de Saúde, tem hospitais, universidades (...) com um potencial formador grande, uma rede de atenção básica boa um bom nível aquisitivo da população (...), mas não é. Aqui, é um palco de luta política enorme. (...) Se a gestão pudesse ser articulada, Florianópolis tinha uma possibilidade imensa de ter uma boa rede”.

Eles concordam que há necessidade de uma melhor capacitação dos profissionais da rede. Tal capacitação não deve ser feita em sistema de pólos (tal como existem hoje ligados ao Estado) e sim com uma educação permanente. Ambos defendem a idéia da articulação entre prefeitura e universidade para isso. Dessa forma, além da melhor capacitação, haveria uma melhor formação dos alunos.

O professor Marco Aurélio Da Ros analisa o Sistema de Saúde de Florianópolis e a questão da Emergência do HU. Ele acredita que o problema da grande demanda não é somente uma questão de educação ou informação, mas principalmente resultante da incompetência da rede.

Da Ros justifica dizendo que:

“É também um problema de educação. Mas, não acho que é o problema maior. O problema na verdade é a incompetência da rede. (...) Se a rede tivesse (...) bons médicos de família, com um médico para cada quinhentas famílias, localizado perto da população, com medicamentos e acesso a exames, a Emergência murcharia apesar da não-educação”.

Esta reflexão é muito importante, pois representa a situação real da Saúde em Florianópolis. Além disso, introduz o último tópico desta discussão: a formação e a qualificação profissional.

A UFSC já se preocupava com a formação de profissionais da área da Saúde voltados para um Sistema de Saúde único, equânime e com integralidade das ações antes da criação do

SUS. Porém, constata-se através dos dados deste trabalho que, há uma confusão por parte da equipe de saúde com relação aos princípios e diretrizes do Sistema.

Um dos motivos para isso é a formação profissional. Antes, as Universidades inclusive a UFSC contavam com um currículo de Medicina segmentado voltado para formação de especialistas. Não havia preocupação com a formação de um profissional apto para trabalhar no Setor Público. Atualmente, há um movimento de mudança curricular no Brasil, porém muitas Universidades ainda persistem com a lógica anterior. Em artigo publicado nos cadernos de Saúde Pública, o autor estudou o currículo de Medicina de catorze Universidades públicas do Brasil no ano de 1995. Analisando seus resultados, o autor constata que não há uma diversificação nos currículos principalmente em relação à organização dos estágios curriculares. Oitenta e seis por cento dos estágios práticos ocorriam em serviços pertencentes aos próprios Hospitais Universitários. Destes, 46% eram realizados em uma das quatro áreas básicas (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia). Os 40% restantes eram em unidades especializadas. Assim, apenas 14% do treinamento ocorriam em espaços fora dos Hospitais Universitários. (Campos, 1999, p.188)¹⁹

Na organização do Sistema de Saúde, um Hospital Universitário encontra-se no nível terciário, portanto a lógica de uma instituição como esta é a especialização. Então, este espaço não pode ser o único local para formação de um médico. Campos defende que:

“A maior parte do ensino de graduação não pode continuar encerrada nos especializados Hospitais Universitários. Para que este deslocamento ocorresse de fato, haveria necessidade de as Escolas articularem se com o SUS. Procurar municípios e serviços estaduais para realização de acordos e contratos, que permitissem a utilização de centros de saúde, hospitais-dia, ambulatórios, serviços de vigilância, etc., como campo permanente de estágio para os alunos” (Campos, 1999, p. 191)

Na UFSC, este fato ocorreu com a consolidação do PDA e, atualmente, com a reforma curricular. Agora, os novos alunos do curso de Medicina e Enfermagem já freqüentam as Unidades Locais de Saúde desde o início do curso. Dessa forma, é esperado que profissionais mais capacitados e mais integrados com os princípios do SUS e do PSF entrem na rede de Florianópolis. Proporcionando uma melhor qualidade de serviço para a população.

6.CONCLUSÃO

O caminho de construção do SUS não terminou com a conquista do direito constitucional a Saúde pelo Movimento Sanitário. O Sistema idealizado por este Movimento continua em permanente construção. Parte deste processo, é resultante da relação dos usuários com a rede existente, de onde se pode concluir que quanto mais estudos sobre este tema forem realizados, maior será a possibilidade de manter esta caminhada na trajetória idealizada.

Analizando os resultados da pesquisa, observa-se um conhecimento muito pobre da organização do Sistema de Saúde por parte dos usuários e até por alguns dos membros da equipe de Saúde. Isto se reflete na procura por atendimento, algo supervalorizado pelos usuários, nos mais diversos serviços. Por sua vez, a equipe de Saúde não entende a sua importância na formação conceitual e no entendimento da população sobre o Sistema, além de desconhecer a imagem que os usuários fazem da assistência. Um processo de Educação permanente sobre a estruturação e a organização do Sistema, orientando os limites e as possibilidades de cada serviço, seria muito oportuno.

Também se constata que há uma defasagem entre a expectativa do usuário e a resolutividade da rede. Assim, a população procura a resolução de seus problemas no local do Sistema onde o acesso é mais fácil: a Emergência. Portanto, este serviço perde seu caráter de atendimento de casos de urgência/emergência, uma vez que, é obrigado a atender também os casos que não foram resolvidos na atenção básica de Saúde.

Outra conclusão em relação à equipe é a de que esta não se entende responsável, em nenhuma medida, pelo bom funcionamento do Sistema; uma vez que afirma que “a teoria é boa, mas na prática não funciona”. Ou seja, não se entende construtora partícipe do processo.

Por sua vez, a Universidade Federal tenta cumprir seu papel na formação de novos profissionais através da mudança curricular e com o convênio com a prefeitura de Florianópolis criando um novo espaço para o ensino. Assim, espera-se que estes profissionais consigam construir processos de trabalho mais integradores na rede que resultem na maior qualidade na assistência.

Por fim, é necessário, além da capacitação de recursos humanos, uma maior articulação entre os gestores a fim de que os problemas da integralidade das ações sejam resolvidos. Dessa maneira, poderíamos caminhar rumo a um Sistema com maior equidade,

melhor acessibilidade dos usuários e, que possibilite uma diminuição futura na demanda dos serviços de Emergência.

Um outro ponto importante foi a evidente falta de comunicação ou a criação de vínculo entre usuários, equipe de saúde e instituições de ensino e serviço. Este fato pode apontar problemas na estruturação e atuação dos Conselhos Locais de Saúde como consequência de baixos níveis de organização popular.

Este trabalho me permitiu aprender sobre a construção do pensamento científico, me possibilitou estudar novos temas além de exercer o “saber ouvir” tão importante na profissão médica. Durante sua realização, pude conhecer outras Unidades Locais de Saúde da rede de Florianópolis além das Unidades do PDA. Conversando com os profissionais da equipe de Saúde, percebi os desafios a serem enfrentados na minha futura carreira profissional. Conversando com os usuários, constatei o périplo enfrentado por estes na busca pela Saúde. Espero ter contribuído com aspectos que favoreçam um olhar construtivo sobre o Sistema de Saúde de Florianópolis, participando, ainda que de forma incipiente, na sua transformação.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que colaboraram na execução do trabalho e salientar que qualquer deslize metodológico é fruto da inexperiência do autor na tentativa de explorar novas possibilidades.

7. NORMA ADOTADA

Pereima, MJL, D' Acampora AJ, Cardoso EJ, Nascimento R, Heinisch R. Normatização para os trabalhos de conclusão do curso de graduação em medicina – resolução 001/2001 aprovada em reunião do colegiado do curso de graduação em medicina em 5 de julho de 2001. 3 ed. Florianópolis;2001.

8. REFERÊNCIAS

1. Botelho LJ, Campos HD, Peixoto Filho JA. Serviço de Emergência em Clínica Médica do Hospital Universitário da UFSC: Estudo do perfil da demanda. Arq Cat Méd 1990 Jan/Mar 1, vol 19, 37-44.
2. Minayo MC, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2002. P. 34-76
3. Haguete, TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1995. P. 86-91
4. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni JR L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Cordoni JR, L, Soares, DA, Andrade, SM. organizadores. Bases da Saúde Coletiva. Londrina (PR): Editora UEL; 2001. P. 27-56.
5. Íntegra do relatório final da 8ª CNS. Espaço para a Saúde. NESCO. 1989 ano 1 n 0, P. 44-46
6. Brasil. O ABC do SUS. Brasília (DF):Ministério da Saúde, 1990
7. Silveira CH. Programa de Saúde da Família: um estudo de caso no município de Joinville-Santa Catarina [dissertação de mestrado]. Curitiba (PR): UFPR; 2000
8. Junior, AG. Modelos Alternativos. In: Junior, AG. Modelos Tecnoassistencias em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva. Saúde em Debate – Série Didática 7. São Paulo (SP): Editora HUCITEC, 1998. P. 54-55.
9. Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde das Américas; 2002 Ago 11-14; São Paulo, Brasil. Brasília (DF) :Ministério da Saúde; 2002. P. 29-30
10. Silva AMR, Oliveira MSM, Nunes EFPA, Torres ZF. A Unidade Básica de Saúde e seu Território. In: Cordoni JR, Soares, DA, Andrade, SM. organizadores. Bases da Saúde Coletiva. Londrina (PR): Editora UEL; 2001. P.145-160
11. Unglert CVS. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes EM. organizador. Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1995. P. 221-225

12. Takeda S. A Organização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BS. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004. P. 80-81
13. Ministério da Saúde. A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003, P. 9
14. Ministério da Saúde. A Política de Saúde do Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002, P. 7-8
15. Carvalho BG, Petris AJ, Turini B. Controle Social em Saúde. In: Cordoni JR, Soares, DA, Andrade, SM. organizadores. Bases da Saúde Coletiva. Londrina (PR): Editora UEL; 2001. P. 93-109
16. Ministério da Saúde. A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. 1ª ed. Brasília (DF) : Ministério da Saúde, 2003, P. 21
17. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad Saúde Pública 1998 Abr-Jun 2; 14: 355-365
18. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública 2002; 18 Supl: 191-202
19. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 1999 Jan-Mar 1; 15: 187-193

9. ANEXO I

QUESTIONÁRIO

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Local: _____

1- Por que veio hoje para a Emergência () / Centro de Saúde ()?

R: _____

2- Sempre que tem um problema de Saúde vem para cá?

R: _____

3- Se não, para onde vai?

R: _____

4- Já usou algum outro Serviço? O que achou?

R: _____

5- Conhece o SUS? O que sabe sobre ele?

R: _____

6- Há Conselho Local de Saúde no seu bairro? Se sim, é atuante? Por que?

R: _____

7- Já ouviu falar em Regionalização ou Hierarquização no SUS? () Sim () Não
Se sim, o que é para você?

R: _____

10. ANEXO II

QUESTIONÁRIO (EQUIPE DE SAÚDE)

1. Como você entende o SUS?

R: _____

2. O que quer dizer Regionalização/ Hierarquização dentro do SUS?

R: _____

3. Para você, a população usuária conhece o Sistema? Por que?

R: _____

4. Para você, a população usuária está satisfeita com o atendimento recebido dentro do SUS? Por que?

R: _____

5. Você entende que este Serviço atende as necessidades de quem o procura? Por que?

R: _____

11. ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 119/05

I – Identificação:

- - Título do Projeto: **Entendimento da População usuária do SUS em Florianópolis sobre o conceito de Regionalização/Hierarquização: Um estudo de caso na Emergência do HU e nos Centros de Saúde**
- -
- Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
- Pesquisador Principal: Rodrigo Oliveira da Costa
- Data Coleta dados: Início: Maio Término previsto: Junho
- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital Universitário e Centros de Saúde de maior número de atendimento de cada Regional de Saúde do Município de Florianópolis.

II - Objetivos:

O objetivo geral do presente trabalho é avaliar a forma como a população usuária se relaciona com o Sistema de Saúde. Os objetivos específicos são:
Compreender o atendimento da população e equipe de Saúde sobre os princípios de Regionalização/Hierarquização do SUS.
Relatar a história da implantação do SUS e PSF em Florianópolis.

III - Sumário do Projeto

A) A) INFORMAÇÃO GERAL

- 1) 1) TÍTULO DO PROJETO: **Entendimento da População Usuária do SUS em Florianópolis sobre o conceito de Regionalização/Hierarquização: um estudo de caso na Emergência do HU e nos Centros de Saúde**
- 2) 2) PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Prof. Dr. Marco Aurélio da Rosa
- 3) PESQUISADOR PRINCIPAL: Rodrigo Oliveira da Costa
- 4) Data proposta para início da coleta de dados: Maio Término previsto: Junho.

- 5) 5) Indique onde a pesquisa será conduzida: Hospital Universitário e Centros de Saúde de maior número de atendimento de cada Regional de Saúde do Município de Florianópolis.
- a. Este projeto não foi apreciado anteriormente pelo Comitê de Ética.

IV – Comentário.

Trata-se de projeto documentado. Os princípios bioéticos parecem atendidos. O principal objetivo da pesquisa é auxiliar na implantação de um Sistema de Saúde mais eficiente, garantindo um bom acesso e atendimento aos usuários. Há um plano para consentimento livre e esclarecido. Em cada Centro de Saúde serão entrevistas de 10 a 20 usuários. No Hospital Universitário serão entrevistados mesmo número de usuários. No que tange à equipe de Saúde, serão entrevistados pelo menos um médico e uma enfermeira tanto dos Centros de Saúde como do Hospital Universitário.

V – Parecer final: APROVADO

Data da Reunião do Conselho de Ética: 30 de maio de 2005.



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício da Comissão
de Ética Pesquisa - PRPe/UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.